委　任　状

（あて先）

枚方市長

**被保険者本人**

住　所

氏　名

生年月日

電話番号

私は、下記の者を代理人と定め、「社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認」の申請に関する一切の権限を委任します。

年　　　月　　　日

記

**代理人**

住　所

氏　名

被保険者本人との関係

電話番号

以　上